

**Т. А. Боровкова**

## **ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕРОНТОЛОГИИ И ГЕРИАТРИИ**

Процесс постарения населения, связанный с успехами медицинских и социальных наук, неуклонно наращивает темпы в большинстве стран Европы, в том числе в России. Уже сейчас во многих регионах люди в возрасте старше 60 лет составляют более 25 % населения, а в России число людей в возрасте старше 65 лет составляет 14 %. Возрастает абсолютное и относительное количество тех, кто перешагнул рубеж старческого возраста (свыше 75 лет) и долгожителей (90 и более лет). Поэтому вполне закономерен интерес медицинских работников, всего населения к проблемам геронтологии — науки о старении — и гериатрии, или клинической геронтологии, — той составной части геронтологии, которая касается медицинских аспектов стареющего организма. Сегодня создана и продолжает совершенствоваться целая система организации медицинской и социальной помощи пожилым и престарелым людям, издаются руководства по геронтологии и гериатрии, написано значительное число монографий, статей, учебно-методических пособий. Во многих медицинских вузах России организована последипломная подготовка врачей по вопросам геронтологии и гериатрии.

Но клиническая геронтология, сколько бы ей ни уделялось внимания, — это лишь наиболее видимая, заметная часть айсберга, коим является вся геронтологическая наука в целом. Конечно, человек хочет жить долго, чувствовать себя таким же здоровым и полным сил, как в молодости. В связи с этим пожилой, престарелый человек обращается в первую очередь к врачу-клиницисту. Находит ли он у

---

БОРОВА ТАТЬЯНА АНАТОЛЬЕВНА — кандидат медицинских наук, доцент кафедры геронтологии и гериатрии факультета повышения квалификации и последипломной переподготовки Уральской государственной медицинской академии.

© Боровкова Т. А., 2007

него всеобъемлющую помощь и ответы на свои многочисленные, порой неразрешимые в принципе вопросы? Думается, что нет. А все потому, что обычный лечащий врач, будь то участковый терапевт или модный сейчас врач общей практики — семейный врач, остается только врачом, не имеющим широкой квалифицированной подготовки в вопросах теоретической, фундаментальной геронтологии, а тем более не разбирающийся в социальных проблемах пожилых и стариков.

Для того чтобы дать ответ на самый часто задаваемый вопрос: как прожить долго, необходимо обладать глубокими знаниями о многочисленных теориях старения, об их связях с генетическим кодом организма, человека, о громадном числе факторов, так или иначе влияющих на продолжительность жизни, об адаптационных проблемах живого организма к внешним и внутренним составляющим. Все это — область фундаментальной, теоретической геронтологии, которой занимаются нередко отнюдь не медики, а совсем иные специалисты — биологи, химики, генетики и многие другие. Мы не можем изготовить даже теоретически какой-либо «эликсир молодости», «эликсир бессмертия», так как не сможем провести испытания такого эликсира на человеке. Мы ведь не знаем, сколько лет здоровой жизни отпущено тому или иному человеку, и вполне возможна ситуация, при которой испытуемый намного переживет исследователя, и последний не сможет сделать достоверных выводов о своем дящемся десятилетиями эксперименте. Именно поэтому геронтологи-теоретики работают с так называемыми моделями короткоживущих животных, средняя физиологическая продолжительность жизни которых не превышает 1,5—2 лет. Но здесь возникает другая очень важная проблема — эти животные по своей природе лишены того множества опасных и порою смертельных заболеваний, какими природа наградила человека. И в данных условиях, воздействуя определенным образом на так называемое физиологическое старение, теоретик-экспериментатор не может адекватно влиять на процесс патологического старения, свойственный именно человеческому организму, в котором физиологические и многочисленные патологические, болезненные процессы переплетаются воедино и разделить их просто невозможно.

Следующая часть проблемы — социальная геронтология, о которой в нашей стране судят только по степени популярности или непопулярности различного рода пенсионных реформ или же иных социальных реформ, в той или иной степени затрагивающих интересы пенсионеров. Этот вопрос невероятно сложен уже хотя бы потому, что при практически самом низком в мире пенсионном возрасте человек, выходящий на пенсию достаточно молодым, оказывается лишенным всех тех достижений социального строительства, которые совершались и совершаются в России. Отсюда расхожее выражение о том, что Российская Федерация — страна льготников. Получился своего рода замкнутый круг: количество пенсионеров растет, также растет число положенных им льгот, а выхода из создавшейся ситуации, при которой пенсионер на свою пенсию не может содержать себя, нет. Все эти вопросы, также относящиеся к сфере геронтологии, нужно решать и решать как можно быстрее.

Может ли один специалист-геронтолог быть всесторонне осведомленным в вопросах фундаментальной, социальной, клинической геронтологии одновременно? Ответ однозначен: нет. И тем не менее во главу угла в нашей стране пытаются поставить медиков-клиницистов, объясняя это самым простым образом: с возрастом увеличивается количество заболеваний, особенно хронических, а их надо лечить. И все!

Вопрос должен, вероятно, рассматриваться значительно шире и междисциплинарнее. Все может быть расставлено на свои места только при одном условии — очередности и взаимодействии деятельности специалистов трех составляющих геронтологии как науки. В начале, как это принято в мировой науке и практике в целом, теоретические исследования, дающие базу как для прикладных социологических, так и медицинских знаний и экспериментов. Затем решение социальных вопросов пожилых и престарелых людей, так как подавляющее большинство так называемых болезней старости носит почти исключительно социальную подоплеку. И уже только потом решать чисто медицинские проблемы диагностики и лечения с учетом психологических особенностей лиц пожилого и старческого возраста, о чем уже писалось на страницах журнала.

Именно с этих позиций проводится обучение врачей на кафедре геронтологии и гериатрии факультета повышения квалификации и последипломной переподготовки Уральской государственной медицинской академии.

Кафедра была основана одной из первых в России, в 1995 г. Ее клинической и научно-экспериментальной базой стал Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн, располагавший к тому времени достаточно современным диагностическим и лечебным оснащением, квалифицированными кадрами, а самое главное — неоценимым многолетним опытом работы с пожилыми и престарелыми людьми — ветеранами многочисленных войн и вооруженных конфликтов. В процессе обучения врачей, в основе своей участковых терапевтов, врачей общей практики мы столкнулись с проблемой нехватки учебных пособий, достаточно полно и с современных позиций отражающих отдельные аспекты геронтологии и гериатрии. Существовавшие руководства, за редкими исключениями, претендовали на очень широкий охват проблемы, поэтому, вероятно, их отдельные разделы представлялись несколько ограниченными, лишенными «монографичности». Это вполне понятно, так как в пожилом и старческом возрасте дебютирует и активно прогрессирует если не большинство, то очень значительная часть заболеваний, свойственных человеку и приобретающих хроническое течение. Очень сложно поэтому в одно, пусть даже самое лучшее, руководство включить знания о значительной части медицинской науки и целом комплексе фундаментально-теоретических и социальных аспектов геронтологии. Мы решили пойти по иному пути: попытаться издать серию монографий, учебных пособий, включающих отдельные разделы геронтологии и гериатрии, наиболее актуальные для врачей — специалистов разного профиля. Изданная в 1996 г. книга «Нейрососудистая гериатрия»<sup>1</sup> оказалась, например, полезной для врачей-невропатологов, работающих с пациентами

пожилого и старческого возраста, учебно-методические пособия «Артериальная гипертония у пожилых» (1998) и другие<sup>2</sup> очень быстро были востребованы врачами. В «Проблемах старения» (1999)<sup>3</sup> мы попытались достаточно подробно изложить ряд аспектов геронтологической науки и практики, которые кажутся нам актуальными. Некоторые разделы могут оказаться полезными не только врачам, но и другим специалистам в области геронтологии и гериатрии, в том числе работникам социальных служб и даже пациентам.

Одновременно с кафедрой была организована клиничко-экспериментальная лаборатория патофизиологии старения, сотрудники которой активно занимались и продолжают заниматься фундаментальными, теоретическими разработками геронтологического направления, а их достижения активно используются в практической, обучающей деятельности кафедры геронтологии и гериатрии. Таким образом, уже на начальном этапе становления данной уникальной во многих отношениях кафедры был создан своего рода симбиоз теоретической и клинической составляющей геронтологии, что нашло отражение в создании обучающих программ для врачей-стажеров. В 2005 г. вышла в свет монография «Старение, перекисное окисление липидов и биологический возраст», которая оказалась востребованной в качестве учебного пособия для врачей, занимающихся геронтологией.

Около 10 лет назад на базе госпиталя для ветеранов войн начал функционировать современный социально-культурный центр, взявший на себя задачу решения многих социальных, психологических аспектов пожилых людей — участников самых различных войн и вооруженных конфликтов, происходивших в Афганистане, Чеченской республике и в других «горячих» точках. Таким образом, не только у госпиталя, но и у кафедры появилась возможность ознакомления слушателей с проблемами третьей составляющей геронтологической науки — социальной. Сейчас на базе социально-культурного центра также готовится ряд научных и научно-прикладных работ, диссертаций, выпускаются учебно-методические пособия.

Именно в подобного рода единении трех составляющих геронтологии в аспекте их использования в процессе обучения врачей нам видится современная подготовка врача общей практики, участкового терапевта и некоторых иных специальностей для их дальнейшей работы с пациентами — представителями пожилого и старческого возраста.

Разумеется, были и остаются попытки создания врача-универсала, коим многим представляется геронтолог или гериатр. Были даже пресловутые приказы Минздрава Российской Федерации о том, что в поликлинике, обслуживающей 100 тыс. прикрепленного взрослого населения, должна выделяться ставка врача-гериатра. Попытки закончились неудачей, как, впрочем, многие медицинские организационные эксперименты. При наибольшей загруженности поликлиник именно представителями пожилого и старческого возраста все они как один направлялись на консультацию и лечение к гериатру, который ни физически, ни морально не выдерживал такой нагрузки. Все закончилось полной дискредитацией очередного нововведения.

По нашему мнению, процесс подготовки врача-гериатра и процесс его деятельности должны осуществляться абсолютно по-другому. Не может гериатр быть одновременно терапевтом, неврологом, урологом, хирургом, гинекологом и т. д. Поэтому и нет необходимости в создании полиспециализированных учебных пособий, напоминающих известное еще с начала прошлого века «Пособие для ротных фельдшеров и фельдшерских учеников» известного в России издательства Маркса.

В конце концов каждый врач, независимо от его основной медицинской специальности, должен разбираться в фундаментальных, теоретических аспектах процесса старения, быть готовым разъяснить пожилому и престарелому пациенту основные аспекты возможных в пожилом и старческом возрасте социальных и социально-психологических проблем, направив усилия самого пациента или его родственников в нужное русло, порекомендовав необходимую в каждом конкретном случае консультацию конкретного специалиста. И конечно, каждый врач должен знать возрастные особенности «своей» патологии — терапевтической, неврологической, хирургической и т. д.

Именно поэтому преподаватели нашей кафедры должны быть людьми опытными, профессионально подготовленными в вопросах как клинической, так и теоретической и социальной геронтологии. Отсюда — требования к большому практическому опыту работы каждого конкретного специалиста и к его достаточно высокой профессиональной и общей эрудиции вплоть до знания законов, подзаконных актов, различного рода положений, решений организаций самого различного уровня, касающихся вопросов работы с пожилыми, пенсионерами, инвалидами и приравненными к ним лицами.

В течение 12 лет работы кафедры нам удалось добиться такого высокого уровня профессионализма, хотя, конечно, не все вопросы, которые задают обучающиеся врачи, немедленно получают однозначный и абсолютно верный ответ. Иногда требуются консультации биохимика, физиолога, патофизиолога, юриста.

Все преподаватели в обязательном порядке должны иметь ученую степень, и это — не самоцель. Мы работаем с врачами, и преподаватель в плане научной подготовки всегда должен быть выше слушателя, у которого, казалось бы, такое же высшее медицинское образование.

Всегда возникает вопрос: почему практически не востребовано преподавание геронтологии и гериатрии как отдельной дисциплины в системе студенческого образования. Ответ на него столь же сложен, как и прост.

Дело в том, что преподавание геронтологии и гериатрии в медицинских вузах Российской Федерации и за рубежом проводится в два этапа — на уровне преддипломной и последипломной подготовки. В нашем вузе, как и в подавляющем большинстве других, традиционно для студентов проводится так называемое сквозное преподавание, когда по существу на каждой кафедре даются основы диагностических и лечебных подходов применительно к пациентам пожилого и старческого возраста. Причем начинается преподавание геронтологии (именно общей,

фундаментальной геронтологии) еще на младших курсах усилиями кафедр биохимии, гистологии, физиологии, патологической физиологии и др. На кафедрах разработаны собственные учебно-методические пособия по геронтологии, преподаватели активно сотрудничают с нашей кафедрой и ее базой — Свердловским областным клиническим психоневрологическим госпиталем для ветеранов войн.

На старших курсах геронтологию (вернее, уже гериатрию) преподают на уровне ознакомления с особенностями возникновения, течения, диагностики и лечения той патологии, которая является наиболее характерной для представителей пожилого и старческого возраста.

Отдельной программы обучения студентов по геронтологии и гериатрии на сегодняшний день не существует и до 1999 г. не существовало и полноценной унифицированной программы последипломного обучения врачей. Только в июне 1999 г. в связи с началом сертификации врачей в Российской Федерации такая унифицированная программа была создана, да и специальность врача-гериатра была утверждена приказом Министерства здравоохранения России за № 33 только в 1995 г. Поэтому до конца 1999 г. мы работали по авторской программе, утвержденной на уровне нашей медицинской академии, так же работали все кафедры и курсы в Российской Федерации.

Программа предусматривает проведение циклов общего усовершенствования по геронтологии и гериатрии, тематического усовершенствования, специализации. Длительность обучения врачей различных специальностей, согласно программе, от 144 до 600 часов, т. е. 1—4 месяца. Только в конце 2001 г. увидела свет программа подготовки специалистов-гериатров в двухгодичной клинической ординатуре.

Централизованная программа предусматривает проведение циклов тематического усовершенствования практически в рамках всех специальностей — от психиатрии до урологии и гинекологии. Этого не делается на практике даже в Москве хотя бы потому, что на одной кафедре невозможно собрать всех высококвалифицированных специалистов — преподавателей психиатров, терапевтов, хирургов, урологов, оториноларингологов и др.

Наша кафедра в основном имеет терапевтическое направление, поэтому мы обучаем в основном врачей-терапевтов. Но интерес к проблеме таков, что приходят учиться врачи и других специальностей, да и не только практикующие врачи; у нас, например, есть опыт подготовки преподавателей медицинских училищ и даже медицинских сестер.

Еще одним из методов преподавания геронтологии и гериатрии является проведение тематических семинаров, лекционных дней, конференций. Такие семинары собирают от нескольких десятков до нескольких сотен слушателей, продолжаются 1—3 и более дней и пользуются большим успехом.

Кроме того, наша кафедра занимается подготовкой врачей-интернов по программе очно-заочного обучения на базе госпиталя для ветеранов войн. Эти врачи после окончания интернатуры осваивают базовую специальность невролога, терапевта и т. д., но, обучаясь на клинической базе кафедры, получают необходи-

мую подготовку именно по гериатрическому разделу своей врачебной профессии. В отдельные годы таких интернов готовилось свыше 20.

На сегодняшний день в плане тематического усовершенствования продолжительностью свыше 144 часов подготовлено свыше 1,5 тыс. врачей, т. е., по существу, каждый специалист первичного врачебного звена Екатеринбурга и большинство специалистов Свердловской области имеют соответствующую гериатрическую подготовку.

Некоторый опыт проведения элективов для студентов 6-го курса лечебно-профилактического факультета, который оказался, как и в других вузах, достаточно негативным, поскольку студенты еще не готовы к восприятию того полипатологического, в том числе с учетом личностных и социальных особенностей пожилых и престарелых пациентов, направления, каким является клиническая геронтология. У студентов пока преобладает конкретное мышление в отдельных, достаточно узких медицинских специальностях, способность к более широкому, обобщенному пониманию патологии приходит с опытом работы врачом.

Как же обстоят дела с данными аспектами образования в странах Европейского сообщества?

Несмотря на то, что в 1996 г. при поддержке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Международной ассоциации геронтологов (МАГ) организована Европейская академия медицины старения, а в 1998 г. принята так называемая «Декларация Юсте», где предложена единая программа обучения, выдачи дипломов и объединения специалистов в рамках Европейского союза медицинских специалистов, образование студентов по этой программе ведется только в 11 странах Европейского содружества. Гериатрия в качестве врачебной специальности официально утверждена только в 9 странах Европы.

Надежды возлагаются на Программу ООН по исследованию процессов старения в XXI в., включающую программу не только медицинской, но и социальной защиты и помощи пожилым. Эта Программа ставит своей целью сделать подготовку по геронтологии доступной в глобальных масштабах не только для медицинских работников, но и для всех тех, кто занят проблемами пожилых и их обслуживанием.

Как в Европе, так и в России основой преподавания гериатрии является полинозологический подход к пациенту, его болезням с учетом личностных, психологических особенностей пожилого и старческого возраста. Воспринимается подобный подход даже опытными врачами поначалу с трудом, так как он является шагом назад по отношению к той узкой специализации, которая на сегодняшний день сложилась в медицине: врач-сомнолог, врач-эпилептолог, врач-глаукоматолог, врач-маммолог и т. д. Для пожилых и престарелых больных это подходит лишь частично. Каждый из наших пациентов страдает «набором» из 4—18, а иногда и более, болезней, и их надо увидеть, проанализировать, синтезировать в едином контексте, выделив главное, так как все сразу лечить просто невозможно. Кроме того, пожилой пациент совершенно по-иному, по сравнению с более молодым, реагиру-

ет на болезнь, на пребывание на приеме у врача, в стационаре, на личность врача. На этот счет у нас есть собственные методические разработки. Нужен большой опыт врача и преподавателя, чтобы это донести до слушателя, курсанта, и наши преподаватели имеют такой опыт.

Как уже говорилось, клиническая база кафедры — госпиталь для ветеранов войн. Отсюда — тесная связь с так называемой послевоенной медициной. Ветераны войн, и не только Великой Отечественной, — люди особые, и заболевания у них довольно часто протекают по-особому. Они, например, лучше, с меньшими потерями, чем остальные, выходят из сосудистых катастроф — инфарктов и инсультов, хотя сами эти катастрофы случаются у них чаще. Причина этого, на наш взгляд, — сама жизнь и та закалка, которую получили ветераны. Их сосудистая и центральная нервная системы оказались более ранимыми, но в то же время и более защищенными, сработала так называемая система перекрестной резистентности, когда один вариант патологии оказывается не взаимоотношающимся по отношению к другому, а конкурирующим с ним.

Особый интерес у обучающихся вызывают вопросы, связанные с медицинскими и социальными аспектами участников современных вооруженных конфликтов, которые являются мишенью преждевременного старения. Мы располагаем наблюдениями, в которых участники войны в Афганистане по своему биологическому возрасту оказываются старше паспортного почти на 40 лет. Это также предметы деятельности геронтолога, хотя такому пациенту может быть всего 35 лет.

Невозможно отделить преподавание, особенно такого интересного и достаточно нового направления, от научной работы. За годы существования кафедры на ней выполнены и защищены 24 диссертации (19 кандидатских, 5 докторских). Основные научные направления: гериатрическая неврология, кардионеврология, послевоенная медицина, в частности черепно-мозговая травма, хронический психоэмоциональный стресс военного времени. Любая диссертация заканчивается опубликованием практических рекомендаций, учебных пособий, которые используются в преподавании и практической медицине.

Именно на врачей-гериатров нужен социальный заказ. Насколько он велик на сегодняшний день на врачей, знающих проблемы геронтологии и гериатрии, настолько мал на собственно гериатров. И это, вероятно, правильно, исходя из тех позиций, которые были освещены выше. Это именно тот случай, когда потребность в специальных знаниях у различных по своей медицинской специализации профессионалов значительно выше, чем нуждаемость в номенклатурных, но приносящих мало практической пользы врачам, которые, «зная все, не разбираются почти ни в чем». Здесь жизнь и многолетний опыт оказались умнее, нежели любые измышления медицинских и околomedicalных чиновников. В конце концов, жизнь и здоровье наших ветеранов значительно важнее того, как будет называться тот специалист, который охраняет эти самые жизнь и здоровье.

Но это проблемы обучения только врачей. Возникают и другие закономерные



вопросы: а насколько необходимо преподавание геронтологии, гериатрии в других вузах? Нужны ли знания по геронтологии немедикам? И на эти вопросы также до сих пор нет ответа ни в России, ни за рубежом.

По нашему убеждению, знания по геронтологии, гериатрии, социальной помощи людям, перешагнувшим определенный возрастной рубеж, нужны всем. Необходимость более широкого образования всего общества в рамках геронтологии, гериатрии диктуется не только постарением населения, о чем уже говорилось выше, но и прогрессом человечества, который не видится без активного участия в нем пожилых людей, могущих передать свой опыт и знания последующим поколениям.

---

<sup>1</sup> См.: Мякотных В. С., Стариков А. С., Хлызов В. И. Нейрососудистая гериатрия. Екатеринбург, 1996.

<sup>2</sup> См.: Мякотных В. С., Боровкова Т. А. Артериальная гипертония у пожилых. Екатеринбург, 1998; Мякотных В. С., Боровкова Т. А. Артериальная гипертония и атеросклероз: принципы лечения; предупреждение мозгового инсульта. Екатеринбург, 1999; Боровкова Т. А., Мякотных В. С. Артериальная гипертония в пожилом возрасте: особенности клиники, лечение, предупреждение церебральных осложнений. Екатеринбург, 2000.

<sup>3</sup> См.: Мякотных В. С., Оранский И. Е., Мохова Е. Т. Проблемы старения. Екатеринбург, 1999.

*Материал поступил в редакцию 30.10.2006 г.*